

### ODDZIAŁ

- Do wypełnienia proszę użyć ołówka nr 2 lub 2b
- Należy odpowiedzieć na wszystkie pytania, za wyjątkiem tych, w których dopuszcza się brak odpowiedzi
- Do zarejestrowania odpowiedzi konieczne jest wypełnienie ołówkiem całego pola
- pytanie obowiązkowe

Do użytku wewnętrznego. Nierejestrowane przez skaner

Nazwisko		Imię		Płeć	
Ulica, nr domu / mieszkania				Nr ks. gł.	
Państwo		Kod pocztowy		Miasto	
PESEL				Data ur. (DD.MM.RRRR)	

### Kontrola po czasie

- |  |                                     |   |  |
|--|-------------------------------------|---|--|
| <input type="checkbox"/> przed zabiegiem | <input type="checkbox"/> 3 miesiące | <input type="checkbox"/> 2 lata           | np. 4 miesiące<br>= 4 mies./12 mies.<br>= 0,33 lat |
| <input type="checkbox"/> 4 tygodni       | <input type="checkbox"/> 6 miesięcy | <input type="checkbox"/> 3 lata           |  |
| <input type="checkbox"/> 6 tygodni       | <input type="checkbox"/> 9 miesięcy | <input type="checkbox"/> 4 lata           |  |
| <input type="checkbox"/> 2 miesiące      | <input type="checkbox"/> 1 rok      | <input type="checkbox"/> 5 lata           |  |
|  |                                     | <input type="checkbox"/> inny okres ..... |  |
|  |                                     |   |  |

**Schorzenia odcinka szyjnego kręgosłupa** mogą prowadzić do bólu karku i/lub bólu ręki/ramienia, a także do zaburzeń czucia takich jak mrowienie, kłucie czy drętwienie w każdej z wymienionych okolic.

- 1** Który z poniższych problemów jest dla Pana/Pani **najbardziej dokuczliwy** najbardziej dokuczliwy? Proszę zaznaczyć **JEDEN**
- ból karku
  - ból ręki/ramienia
  - zaburzenia czucia w karku/ręce/ramieniu np. mrowienie, kłucie, drętwienie
  - żaden z powyższych

- 2** W następujących 2 pytaniach (2a i 2b) prosimy o zaznaczenie nasilenia bólu, poprzez wybranie odpowiedniej cyfry (gdzie „0”=brak bólu, „10”=najgorszy ból, jaki możesz sobie wyobrazić). Osobne pytania odnoszą się do **bólu karku** i **bólu promieniującego do ręki/ramienia**.

- 2a** Jak silny był **ból karku** w ostatnim tygodniu?

brak bólu    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    najgorszy wyobraźalny ból

                                          

- 2b** Jak silny był **ból ręki/ramienia** w ostatnim tygodniu?

brak bólu    0    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    najgorszy wyobraźalny ból

                                          

- 3** W ciągu **ostatniego tygodnia** jak bardzo schorzenie kręgosłupa **przeszkadzało Panu/Pani w normalnej pracy** (dotyczy zarówno pracy poza domem jak i prac domowych)?

- wcale
- nieznacznie
- średnio
- dosyć mocno
- ekstremalnie

- 4** Jeśli resztę życia miał(a)by Pan/Pani spędzić z objawami, które odczuwa Pan/Pani obecnie, jak by się Pan/Pani z tym czuł/a?

- bardzo zadowolony(a)
- dosyć zadowolony(a)
- ani zadowolony(a) ani niezadowolony(a)
- dosyć niezadowolony(a)
- bardzo niezadowolony(a)

- 5** Proszę zastanowić się nad **ostatnim tygodniem** swojego życia. Jak opisze Pan/Pani jakość swojego życia?

- bardzo dobra
- dobra
- średnia
- zła
- bardzo zła

Proszę przejść do następnej strony...

**6** W ciągu ostatnich 4 tygodni przez ile dni musiał Pan/Pani **ograniczyć codzienne czynności** (praca, prace domowe, szkoła, sport i rekreacja) z powodu problemów z odcinkiem szyjnym kręgosłupa?

- wcale
- pomiędzy 1 a 7 dni
- pomiędzy 8 a 14 dni
- pomiędzy 15 a 21 dni
- więcej niż 22 dni

**7** W ciągu ostatnich 4 tygodni przez ile dni dolegliwości ze strony kręgosłupa szyjnego **zmusiły Pana/Panią do pozostania w domu** (uniemożliwiły pójście do pracy, szkoły, wykonywanie zajęć domowych)?

- wcale
- pomiędzy 1 a 7 dni
- pomiędzy 8 a 14 dni
- pomiędzy 15 a 21 dni
- więcej niż 22 dni

**PONIŻSZE PYTANIA DOTYCZĄ WYŁĄCZNIE PACJENTÓW, KTÓRZY PRZESZLI OPERACJĘ KRĘGOSŁUPA W ODCINKU SZYJNYM**

**8a** Czy doszło do **kompliakcji** po zabiegu operacyjnym **w naszym szpitalu** (n.p. problemy z gojeniem rany, paraliż, zaburzenia czucia)?

- nie
  - tak → proszę je opisać: .....
- .....

**8b** Na ile uciążliwe były te powikłania?

- w ogóle nie były uciążliwe
- w niewielkim stopniu uciążliwe
- średnio uciążliwe
- bardzo uciążliwe
- w najwyższym stopniu uciążliwe

**Czy od czasu operacji w naszym szpitalu umiał(a) Pan/Pani kolejne operacje odcinka szyjnego kręgosłupa w naszym szpitalu lub innych?**

**10** W trakcie leczenia choroby odcinka szyjnego kręgosłupa jak bardzo był Pan/Pani zadowolony(a) z całości opieki **w naszym szpitalu?**

- bardzo zadowolony(a)
- dosyć zadowolony(a)
- ani zadowolony ani niezadowolony(a)
- dosyć niezadowolony(a)
- bardzo niezadowolony(a)

**11** Ogólnie jak bardzo **operacja w naszym szpitalu** pomogła w chorobie odcinka szyjnego kręgosłupa?

- bardzo pomogła
- pomogła
- nieznacznie pomogła
- wcale nie pomogła
- pogorszyła dolegliwości

Data

Dzień  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19  20  21  22  23  24  25  26  27  28  29  30  31

Miesiąc  1  2  3  4  5  6  7  8  9  10  11  12

Rok  04  05  06  07  08  09  10  11  12  13  14  15  16  17  18  19

Podpis: .....